



TRABAJO DE FIN DE GRADO

“HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS”

Paula Domínguez Díaz
Tutora: Sara Darías Curvo

Grado de enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería
Universidad de la Laguna
Curso académico 2020/2021

La Laguna, Junio de 2021

RESUMEN

Actualmente, para entender el Sistema Sanitario, debemos hablar de humanización. La humanización no es una ideología, es un concepto muy amplio con bastante controversia, sin embargo, en él se establecen las bases del cuidado holístico. Dicho cuidado se debe integrar en cualquier actuación de los profesionales sanitarios.

En las Unidades de Cuidados Intensivos cobra especial importancia el cuidado integral del paciente, y gracias a la información y a la formación durante el proceso de aprendizaje de los sanitarios, se pueden evitar conductas de deshumanización y la no personalización del paciente, para así poder brindar la mejor calidad asistencial posible, y paso a paso forjar un Sistema Sanitario ético y humano desde la base.

El objetivo de este trabajo es conocer el grado de satisfacción con respecto a conductas de humanización, de los familiares de pacientes ingresados en el año 2020, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Se pretende evitar conductas de deshumanización y de no personalización de los enfermos, y ofrecer un cuidado integral. Se pasarán 5 cuestionarios con diferente número de preguntas que cubren las necesidades del estudio. El resultado de los cuestionarios se evaluará al finalizar la recogida de los datos, y no de manera individual. El análisis estadístico de datos se realizará con el programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), en su versión en español (SPSS V.26)

Palabras clave: Humanización, Cuidado, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Deshumanización.

SUMMARY

Nowadays, to understand the Health System, it is necessary to talk about humanisation. Humanisation is not an ideology, it is a wide concept with a huge controversy, however within this idea the holistic care basis is established. This care must be integrated in any action taken by the Health System professionals.

In the Intensive Care Units it is very important the whole care of the patient, and thanks to the information and the formation during the learning process of the Health System professionals, some dehumanised behaviours can be avoided to give the best assistance quality and thus, to build up a Health System absolutely ethic and human from the very basis.

The objective of this project is to know the grade of the satisfaction dealing with the humanisation behaviours from the family relatives of patients hospitalized during the year 2021 in the Intensive Care Unit in the Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). IT is intended to avoid those dehumanized behaviours, the no personalization of the patients, and to offer an integral care. Five questionnaires will be given with a different variety of questions to cover the need of this study. The results of these questionnaires will be assessed at the end of the gathering of data, and not through an individual way. The statistical analysis of data will be done with the Statistical Package for the Social Science (SPSS) in the Spanish version (SPSS V.26).

Key words: Humanisation, Care, Intensive Care Unit, Dehumanize.

ABREVIATURAS

- **CHUC:** Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
- **SSPS:** Statistical Package for the Social Science.
- **TICS:** Tecnologías de Información y Comunicación.
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos.
- **RAE:** Real Academia Española
- **UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- **INSALUD:** Instituto Nacional de la Salud.
- **SEMICYUC:** Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
- **PICS:** Síndrome post- Cuidados Intensivos.
- **ALFV:** Adecuación de los Cuidados al Final de la Vida.
- **LTSV:** Limitación de Tratamiento de Soporte Vital.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. Marco Teórico.....	8
1.1.1. Cuidados de enfermería.....	8
1.1.2. Humanización de cuidados.....	9
1.1.3. Deshumanización de cuidados.....	10
1.1.4. Unidad de Cuidados Intensivos.....	11
1.2. Antecedentes.....	11
1.3. Estado actual del tema.....	20
2. JUSTIFICACIÓN.....	22
3. OBJETIVOS.....	23
3.1. Objetivo general.....	23
3.2. Objetivos específicos.....	23
4. METODOLOGÍA.....	23
4.1. Diseño del estudio.....	23
4.2. Población y muestra.....	24
4.2.1. Criterios de inclusión.....	24
4.2.2. Criterios de exclusión.....	24
4.3. Descripción de las variables.....	25
4.3.1. Variables de estudio.....	25
4.4. Instrumento de medida.....	26
4.5. Recogida y análisis de datos.....	28
4.6. Reflexión.....	29

4.7. Consideraciones éticas.....	29
5. LOGÍSTICA.....	30
5.1. Cronograma.....	30
5.2. Presupuesto.....	30
6. BIBLIOGRAFÍA.....	31
7. ANEXOS.....	35
Anexo I.....	35
Anexo II.....	36
Anexo III.....	37

1. INTRODUCCIÓN

Como diría la primera gran teórica de enfermería, Florence Nightingale, si definiríamos la profesión enfermera con una sola palabra, esta sería “cuidado”.¹ De esta manera nos encargamos de proporcionar un cuidado holístico, que quiere decir atender a una persona de manera integral, en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, así como su relación con su entorno.² Por tanto, en el contexto de Cuidado Holístico se debe hablar también de humanización, dado que este concepto hace referencia al abordaje integral de la persona. Esta atención completa, significa hacer digna y coherente la asistencia para el ser humano, de manera que se correspondan con sus valores y creencias de forma inalienable. Al mismo tiempo, esta atención debe ser afrontada desde una ética asistencial fundamentada en la dignidad de la persona, tal como se recoge en el código deontológico enfermero.³ Así mismo, una vez tocados los otros puntos fundamentales para ponernos en contexto, es imprescindible hablar del concepto “*deshumanización*”, el cual intentamos paliar o prevenir con este proyecto. La deshumanización es la negación de rasgos exclusivamente humanos que involucran muchos componentes como la lógica, la razón, etc, y que de forma involuntaria, empiezan a ser tratados de manera despersonalizada, sin tener en cuenta estos rasgos mencionados anteriormente.⁴ Hay muchos factores destacables por los que los profesionales de la salud tratan de manera no humanizada a los pacientes, algunos de ellos son: Las TICS, que juegan un papel fundamental a la hora de la asistencia sanitaria hoy en día. El síndrome de Burnout, que sufren muchos de los profesionales de la salud debido al estrés, la carga de trabajo y el desgaste al que se ven sometidos en su día a día. También cabe destacar la falta de comunicación y empatía y una larga lista de otros ellos.⁵ Por último, esta falta de humanización está estrechamente ligada con las unidades de cuidados intensivos dado que se ha relegado a un segundo plano a la persona, tanto pacientes como familiares, de manera que las UCIS se han convertido en un lugar hermético, privando así a la persona en estado crítico de la oportunidad de permanecer en contacto con sus seres queridos. El desarrollo tecnológico de la última época ha servido para mejorar la supervivencia, sin embargo, ha supuesto un hándicap a la hora del trato enfermera-paciente, y esto debería ser nuestra prioridad, está en nuestras manos ser agentes de cambio y es lo que se propone en este trabajo.⁶

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Cuidados de enfermería

La base de la profesión enfermera es entender la importancia del cuidado desde un punto de vista ético.⁷ A lo largo de la historia, la enfermería se ha caracterizado por ser una profesión ético-humanista a diferencia de otras profesiones.⁸

La práctica del cuidado ha evolucionado a lo largo del tiempo y el cuidado de enfermería como lo conocemos hoy en día, está basado en la ciencia. Este concepto se identifica con la empatía y tiene que ver con una amplia extensión de cuestiones, como la promoción y prevención de la salud, desde el nacimiento hasta la muerte. Así mismo, el cuidar tiene una dimensión profunda hasta el punto de que es posible cuidar a pesar de que no sea posible la curación de la enfermedad de la persona.⁷ Tenemos la responsabilidad como profesionales de enfermería de involucrarnos en la relación enfermera-paciente.⁸

En esta relación enfermera-paciente, Peplau, describe cuatro fases:

- 1) Fase de orientación. En esta fase, el usuario necesita la ayuda de un profesional. La enfermera, con diferentes métodos, consigue que el paciente identifique su problema de salud.
- 2) Fase de identificación. En esta fase, la enfermera empatiza con el paciente y a través de la comunicación este expresa los sentimientos relacionados con su problema.
- 3) Fase de explotación. En esta fase, gracias a la enfermera el paciente retiene lo enseñado e intenta sacarle el máximo partido.
- 4) Fase de resolución. En esta fase, se da por cerrado el problema anterior, y se acaba el apoyo de la enfermera con respecto a ese problema.⁹

Otro factor importante con el paciente es la escucha activa, esta es fundamental para la comunicación. Sin ella no es posible establecer el vínculo enfermera-paciente, que es uno de los pilares del concepto “*cuidar*”.

Por todo esto, el cuidar está implícito en el trabajo de enfermería y este debe ser holístico y personalizado, por tanto debemos tener la capacidad como profesionales,

de saber unir la ciencia y tecnología con el humanismo y la empatía para desarrollar nuestro trabajo con eficacia. ⁷

1.1.2. Humanización de cuidados

“Humanizar”, según la Real Academia Española (RAE), es “*hacer humano, familiar y afable a alguien o algo*”.¹⁰

La humanización en la sanidad no es una ideología, se relaciona con muchos factores diferentes y esta establece la importancia del compromiso ético y tener en cuenta a la persona de forma holística. Para humanizar en sanidad hay que considerar a cada persona como única y respetar sus procesos. Esto implica la necesidad de formación de ética y antropología al personal sanitario. ¹¹

La humanización de cuidados necesita, hoy en día, un cambio en la estructura sanitaria, debido a que el modelo biomédico actual define la salud como ausencia de enfermedad, y tiene como objetivo la curación del paciente. Esto supone un dilema ético para la profesión de enfermería, dado que nuestra labor es realizar un cuidado holístico y al mismo tiempo poner en práctica las cuestiones biomédicas ya mencionadas. Estas en muchas ocasiones están vinculadas a cuidados de calidad y es aquí donde se presenta la cuestión de si debemos poner en práctica estas cuestiones a pesar de no realizar un cuidado de calidad. ⁵

Para entender mejor de lo que se habla, recordamos que en 2008, la UNESCO, publicó los siguientes 15 Principios Bioéticos: ¹²

1. “*Dignidad humana y derechos humanos*”
2. “*Beneficios y efectos nocivos*”
3. “*Autonomía y responsabilidad individual*”
4. “*Consentimiento*”
5. “*Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento*”
6. “*Respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal*”
7. “*Privacidad y confidencialidad*”
8. “*Igualdad, equidad y justicia*”
9. “*No discriminación y no estigmatización*”
10. “*Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo*”
11. “*Solidaridad y cooperación*”

12. *“Responsabilidad social y salud”*
13. *“Aprovechamiento compartido de los beneficios”*
14. *“Protección de las generaciones futuras”*
15. *“Protección del medioambiente, la biosfera y la biodiversidad”*

1.1.3. Deshumanización de cuidados

Los profesionales de enfermería en la actualidad, realizan esfuerzos para conseguir la mejor formación posible y así mejorar la calidad asistencial que prestan. Sin embargo, hay algunos factores que interfieren y que dificultan este trabajo enfermero como la sobrecarga asistencial, la eventualidad laboral, etc .

Un aspecto relacionado con estos factores, que conlleva un área de deshumanización en la asistencia sanitaria, es que gran parte de los profesionales de enfermería se cuestionan la razón de la deshumanización en la asistencia enfermera. Algunas razones determinantes son: la sociedad como la conocemos, la cual juzga a las personas en función de su productividad, en vez de tener una visión holística y completa del ser humano, variando así la calidad de la asistencia sanitaria. La atención debe ser igual para todo el mundo, lo cual no quiere decir no personalizada o deshumanizada, si no por el contrario, individualizada. Cabe destacar el avance tecnológico como foco del proceso de deshumanización, al centrarse en este ámbito como enfermeros y sentirse abrumados por ellos, en lugar de tener en cuenta y observar al paciente, que es siempre lo más importante. ¹³

Por otro lado, se debe mencionar que el avance de las tecnologías que han producido el proceso de globalización, ha dividido el método de cuidar en dos conceptos: el cuidado objetivo y el subjetivo según establece Gálvez:

Si aludimos al cuidado objetivo, este refiere a observar de manera exclusiva la información que nos proporcionan los instrumentos tecnológicos, olvidando al paciente y suprimiendo el razonamiento crítico, basándose en protocolos y resultados numéricos. Por otro lado, el cuidado subjetivo, individualiza a cada paciente, siempre con una base científica, diferenciándose del otro, realizando esta práctica con una adecuada empatía, comunicación y humanidad. ¹⁴

Todo esto no significa que la tecnología sea nuestra enemiga, solo que no se debe olvidar que el paciente es lo fundamental, de hecho, si se usa de forma adecuada, dicha tecnología puede ser una gran aliada a la hora de proporcionar una asistencia sanitaria de calidad. ¹⁵

1.1.4. Unidad de cuidados intensivos

Según los Estándares y Recomendaciones la definición de la Unidad de Cuidados Intensivos es:

“Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a pacientes, que siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan este mismo junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, pudiendo atender también a pacientes que requieran menor nivel de atención”. ¹⁶

Algunos de los criterios de inclusión de la Unidad de Cuidados Intensivos son que el problema de salud del paciente se pueda resolver de manera potencial y al mismo tiempo, que este paciente sobreviva al proceso de enfermedad con los cuidados brindados en la unidad, por ello los cuidados que se prestan en esta área son muy especializados, estos conllevan al uso de herramientas tecnológicas y en esta unidad los profesionales tienen una relación directa y estrecha con los pacientes, todo ello conlleva a proporcionar unos cuidados holísticos e integrales. ¹⁶

1.2. Antecedentes

Para este proyecto de investigación, se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica con la finalidad de exponer información sobre la evolución de la humanización del cuidado intensivo a lo largo del tiempo.

La preocupación por otro ser humano vulnerable representa el motor de la humanización, esta es la base del concepto tal y como hoy en día lo conocemos. ¹⁷

En el año 1984, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), decide desarrollar el “Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria”, contribuyendo al movimiento de humanización creando servicios de Atención al paciente y poniendo a disposición de los usuarios la carta de derechos y deberes de los pacientes entre otras muchas cosas. Se pone en marcha, a su vez, la comisión de Humanización de la Asistencia, que jugará un papel fundamental en esta evolución del Sistema Sanitario. Al mismo tiempo, comenzó a cobrar importancia la calidad asistencial, por lo que surgieron las encuestas para medir el grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares. ¹⁷

El avance científico y tecnológico de las Unidades de Cuidados Intensivos ha crecido exponencialmente en los últimos 30 años, de manera que la tasa de supervivencia en estas unidades se ha visto incrementada un 90%, según la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). ¹⁸

Por contra, el inadecuado uso de la tecnología puede afectar a las necesidades humanas de los pacientes y familiares, quedando estas en segundo plano. En consecuencia, se puede ver afectada la comunicación con el paciente y familia por falta de escucha activa, y al mismo tiempo, que se ponga en duda la vocación de los profesionales. ¹⁸

El estrés juega un papel fundamental en referencia a estos problemas, su origen puede estar en unas condiciones laborales inadecuadas ocasionadas por recortes económicos, donde los profesionales vean aumentada su carga de trabajo, o por no poder prestar una adecuada calidad asistencial por falta de recursos o material. Además, entra en juego la falta de reconocimiento social, que tanto merma la profesión enfermera. A causa de todas estas razones, se plantea una re-humanización del sistema, para mejorar la calidad asistencial y la relación enfermera-paciente, enfermera-familia. ¹⁸

En 2016, el Ministerio de Sanidad publicó el Plan Estratégico de Humanización de la Asistencia Sanitaria, cuyo programa, una vez estudiados los problemas, propuso una serie de mejoras con el objetivo de recuperar la verdadera vocación profesional, de manera que se consiga mayor cercanía y comunicación con los usuarios. En dicho programa se cita, “*La acción de humanizar se hace de dentro hacía fuera*”, y refiere que “*El sistema se considerará humanizado, cuando se sitúe al servicio de todos*”

aquellos que lo conforman: enfermos, familiares y profesionales sanitarios a todos los niveles".¹⁸

La atención holística consta de varios conceptos clave como la subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Prima la importancia de la capacidad de los profesionales de comunicación, basada en la escucha activa, empatía, comprensión y respeto. Todas estas habilidades conforman la base de la humanización, y cualquier profesional sanitario, no solo enfermero debe poseerlas.¹⁹

A razón de promover estas habilidades, el Ministerio elaboró el proyecto dirigido a "*humanizar los cuidados intensivos*" y así proporcionar las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), una metodología para poder brindar un cuidado de la mejor calidad y lo más humano posible. Establecieron 8 medidas que se convirtieron en los siguientes programas de intervención.¹⁸

1. UCI de puertas abiertas.
2. Comunicación.
3. Bienestar del paciente.
4. Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos.
5. Cuidados al profesional.
6. Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos.
7. Infraestructura humanizada.
8. Cuidados al final de la vida.

1. UCI de puertas abiertas

- A lo largo de la historia, la política de visitas de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos, ha seguido un enfoque restrictivo. Se pensaba que este modelo ayudaba al cuidado y facilitaba el trabajo de los profesionales hacia los enfermos.²⁰

Por tanto se propone este programa con los siguientes objetivos e intervenciones:

- Para sensibilizar a los profesionales de los beneficios de la política de puertas abiertas, se promueve la divulgación de la información a través de sesiones informativas y trabajo con los sanitarios, analizando los problemas y las posibles soluciones, partiendo de la base de la experiencia de este programa en otras Unidades de Cuidados Intensivos.

Se propone también, la implantación de un protocolo de horarios de visitas flexible o de puertas abiertas, según las posibilidades de cada centro. Por último, se hace hincapié en facilitar la entrada y el ambiente para los familiares en estas unidades, por ejemplo, con la utilización de equipos de protección únicamente cuando sean imprescindibles y así favorecer el contacto de los familiares con el paciente durante su hospitalización.²⁰

2. Comunicación

- La comunicación es un elemento fundamental para tener buenas relaciones interpersonales, no solo implica el intercambio de información, también ayuda a crear vínculos. En la sanidad, el avance de las tecnologías a lo largo del tiempo, pueden dejar en segundo plano la relación enfermera-paciente.

En las Unidades de Cuidados Intensivos, es fundamental el trabajo en equipo multidisciplinar, esto requiere entre otras cosas, una comunicación entre profesionales efectiva, clara y basada en el respeto. La falta de comunicación o no transmitir la información de manera efectiva, puede llevar a un mal entendimiento, esto sumado al estrés propio de dichas unidades pueden transformarse en conflictos que dificulten el trabajo, los cuales son muy frecuentes en este ámbito.²¹

En concreto, en Unidades de Cuidados Intensivos, la transferencia de información por parte de los profesionales cobra especial importancia y requiere habilidades comunicativas, de manera que en muchas ocasiones, dicha información no se da de forma adecuada, por lo que no cubre las necesidades de los pacientes y familiares y es motivo de descontento y reclamación. La gran parte de los sanitarios no recibe formación específica del ámbito comunicación durante su educación, es por ello que una temprana formación mejoraría la relación enfermera-paciente y la calidad asistencial.²¹

- Enriquecer y aumentar la comunicación entre los sanitarios y los usuarios en las Unidades de Cuidados Intensivos, desarrollando herramientas que garanticen una adecuada comunicación entre todo el equipo asistencial de los pacientes, a través de la implantación de protocolos estructurados, como los cambios de

turno o los informes de alta tanto de medicina como de enfermería, y la realización de jornadas formativas para los sanitarios de herramientas específicas para la mejora de la comunicación afectiva y el trabajo en equipo.

También se pretende facilitar la comunicación empática y adecuada con los usuarios por parte de los profesionales, a través de espacios adecuados para la información. Formación a los sanitarios en técnicas de comunicación y malas noticias en talleres, o considerando diferentes formas de flexibilización en ocasiones concretas, como llamadas telefónicas o aumento de frecuencia de información.²¹

3. Bienestar del paciente

- El bienestar del paciente debería ser el objetivo principal, incluso cuando no es posible su curación.

Aspectos como el malestar que produce el estar enfermo y el dolor en los pacientes, más todas las técnicas invasivas y no invasivas que hacen los profesionales se incrementan de manera notable en la Unidad de Cuidados Intensivos. Cada persona tiene su propia percepción del dolor, es por esto que no se debe ignorar, ni subestimar dicho dolor. Por otro lado, no solo hablamos de dolor físico, existe también el sufrimiento psicológico, que no se debe pasar por alto. Es probable que en pacientes críticos, el sufrimiento psicológico sea de gran magnitud dada las circunstancias y el entorno que le rodea. El enfermo se vuelve dependiente, perdiendo su autonomía y movilidad totalmente, rodeado de máquinas, más las intervenciones constantes de los profesionales donde se sienten desprotegidos y a su vez la incapacidad de comunicación y la falta de información de su estado actual y su pronóstico, sin olvidarnos de la pérdida de identidad.²²

El control del dolor, la valoración constante del paciente, adecuar la sedación a la circunstancia individual y la prevención de la desorientación, son clave para la comodidad y el bienestar del paciente, así como el control del ruido, la temperatura del entorno o la falta de descanso nocturno.²²

Por ello, para garantizar la comodidad del paciente a todos los niveles se proponen una serie de intervenciones para llegar a dicho objetivo:

- Para asegurar el confort físico y de esta manera favorecer la movilización temprana, se sugiere la implantación del Protocolo de Analgesia y Sedación, con evaluación individual constante y su respectiva monitorización, así como actualizar el protocolo de Sujeción Mecánica. Se recomienda para favorecer la movilización precoz y prevenir secuelas físicas, la fisioterapia temprana. Por último no se deben olvidar los cambios posturales.

Por otro lado, para facilitar el confort psicológico, se deben realizar actividades encaminadas a disminuir el sufrimiento psicológico y atender las demandas de los enfermos, de forma que en la medida de lo posible se facilitarán medios de entretenimiento como televisión o material de lectura, así como no pasar por alto las cuestiones religiosas.

Por último, para favorecer la autonomía del paciente, se promueve la deambulación controlada y la utilización del aseo, siempre de manera individual y en caso de no contraindicación. También se promueve el uso de medios de comunicación con el exterior por parte de los pacientes, de forma que este no tenga sentimiento de aislamiento y soledad.²²

4. Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos

- En la década de los 80 se comienza a investigar sobre la presencia de los familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos. Generalmente los profesionales no consideran oportuna esta presencia a la hora de realizar intervenciones, relacionándose con traumas psicológicos, distracción a la hora de realizarlos o interferencias en estos y el posible impacto negativo que esto puede conllevar. Sin embargo, a pesar de que no existan estudios concluyentes, las encuestas muestran que la gran parte de los pacientes y su familias tienen deseo de permanecer junto a sus seres queridos en esa circunstancia. Como consecuencia de la presencia de estos, en muchos casos va acompañado de una actitud más implicada por parte del profesional y esto se refleja en una mayor preocupación relacionada con la privacidad, la dignidad y el control del dolor en las intervenciones que se realizan. Gracias a esto se consigue un grado más alto de satisfacción en las familias, lo que significa una adecuada calidad asistencial.²³

Para poder llevar esto a cabo, se proponen las siguientes medidas de actuación:

- Se promueve la participación activa de las familias en los cuidados básicos del paciente y en determinadas intervenciones mediante la elaboración de protocolos que tengan en cuenta este hecho, por otro lado, se habla de la creación de la figura del cuidador principal en pacientes más cronificados, lo que conlleva una formación a los familiares, de la cual se encargaría cada hospital de manera individual. También cabe destacar la importancia de tener en cuenta las necesidades psicológicas de la familia a través de la regulación del uso del teléfono móvil, por el cual podrán mantener contacto con los pacientes. No se debe olvidar ofrecer apoyo emocional cuando sea necesario con la utilización de herramientas que los profesionales poseen.²³

5. Cuidados al profesional

- El desgaste emocional asociado a una disminución del autocuidado y malestar se llama “Síndrome de Burnout”. Esto se produce como respuesta al estrés en el ámbito laboral por factores como pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo o desarrollo de actitudes negativas o autoexigencia y valoración negativa del trabajo y personal. Las consecuencias afectan a la estabilidad mental, la calidad de vida y la eficiencia como profesional sanitario. Por tanto, se necesita desarrollar programas para la prevención de este síndrome y paliar sus efectos.²⁴

Se proponen las siguientes intervenciones para conseguir dicho objetivo:

- Para obtener información sobre el “Burnout” se proponen jornadas de formación, más concretamente la edición de un manual específico de este síndrome en Unidades de Cuidados Intensivos. Para poder evaluar el impacto del “Burnout” en esta unidad y analizar los factores relacionados como la insatisfacción laboral o la ansiedad se sugiere la realización de un estudio de investigación a través de encuestas, donde se valoren los múltiples factores a tener en cuenta. Por último para reducir la prevalencia del síndrome, además de estrategias de soporte a los sanitarios, se propone un diseño de un programa donde se forme a los profesionales

para poder afrontar situaciones de estrés y conflictos y así prevenir el problema.²⁴

6. Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos

- El Síndrome post-Cuidados Intensivos, puede generar síntomas físicos como dolor crónico, debilidad muscular, malnutrición, alteración del sueño, etc. Así mismo, esta estancia prolongada puede causar problemas neurológicos o psicológicos a largo plazo, como déficits cognitivos o disminución de la velocidad mental, a su vez son muy comunes trastornos como la ansiedad, depresión o estrés post-traumático. Todo esto no afecta únicamente al paciente, también a las respectivas familias y a su entorno, pudiendo presentar problemas en distintos ámbitos como el social o el laboral. En torno al 50% de los pacientes ingresados en estas unidades son capaces de volver al trabajo durante el primer año, sin embargo muchos de ellos no pueden e incluso necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.²⁵

Para reconocer y prevenir los efectos del PICS (Síndrome post-Cuidados Intensivos), se proponen las siguientes protocolos para cumplir este objetivo:

- Aparece la aplicación de las medidas ABCDEF, además de protocolos contra el Delirium y la implantación de medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad neuromuscular. Para mejorar la calidad de vida de los pacientes post-alta del servicio y su seguimiento en planta o domicilio, se propone la protocolización de las actuaciones concretas para su seguimiento y a su vez la realización de la valoración física y funcional pre-alta. Al mismo tiempo, se recomienda que cada hospital valore e implante las medidas que consideren necesarias acorde con la situación de cada hospital, se pone como ejemplo la creación de una consulta específica o la elaboración de un plan de cuidados específico para pacientes con PICS.²⁵

7. Infraestructura humanizada

- Basándose en las características que se recogen en los Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, el entorno físico de las Unidades de Cuidados Intensivos, debe permitir que la asistencia sanitaria que se brinde esté en un entorno seguro y adecuado, el cual ayude a la mejora holística del paciente y su cuidado, y que sea cómodo para familiares y profesionales. Para que el espacio sea más agradable para los usuarios debe ser un lugar en el cual la eficiencia vaya de la mano de la calidad asistencial, que esté ubicado adecuadamente con condiciones ambientales óptimas como luz, temperatura o materiales.²⁶

Por tanto, para conseguir hacer más humano este lugar, se propone lo siguiente:

- Para preservar la intimidad del paciente se recomienda la instalación de biombos, utilización de habitaciones o boxes individuales y que estos tengan su propio baño si es posible. Con respecto al confort, hay muchas medidas como la disponibilidad de luz natural, que los colores y la decoración sean agradables y se controle el ruido acorde al momento del día. Se debe fomentar la comunicación y la orientación del paciente a través de conexión visual con el exterior, calendarios o relojes, así como instalar intercomunicadores con enfermería y un largo etcétera.²⁶

8. Cuidados al final de la vida

- Los cuidados intensivos tienen como objetivo que el paciente, al salir de la unidad, recobre total o parcialmente su estado previo a esta. En ocasiones esto no es posible, por lo que una vez llegados a este punto, la meta será ofrecer los mejores cuidados posibles y reducir al máximo el sufrimiento del enfermo. Por ello hablamos de que los cuidados paliativos e intensivos deben coexistir en este caso. Estas complejas decisiones sobre los pacientes pueden producir discrepancias entre los profesionales, o entre éstos y las familias. Dichos profesionales deben poseer herramientas y argumentos para poner fin a estos conflictos. Es importante que la discusión sea coherente, con adecuada

comunicación, en la cual cada parte exponga su punto de vista y se llegue a un acuerdo.²⁷

Para asegurar la adecuación de los cuidados al final de la vida (ACFV), se proponen las siguientes intervenciones:

- Se recomienda la elaboración de un protocolo de cuidados al final de la vida, la instauración de sedación paliativa, implantación de horarios flexibles para visitas, actualización del protocolo de LTSV (limitación de tratamiento de soporte vital), y por último dejar constancia de la toma de decisiones del proceso en la historia clínica de cada paciente.²⁷

1.3. Estado actual del tema

El concepto “*Humanización*” ha cobrado importancia recientemente. Hoy en día se habla de un modelo de atención centrada en el paciente y su familia, sin embargo estos conceptos no se llevan a la práctica de manera extendida.²¹

Actualmente, existe evidencia científica suficiente como para argumentar un cambio en el sistema de forma segura. Las investigaciones se basan en los resultados positivos de la colaboración de los familiares en las UCIS pediátricas y neonatales, y exponen que estos resultados notablemente favorecedores para los pacientes, se pueden extrapolar a las UCIS de adultos.

Aseguran que un horario flexible o la instauración de “puertas abiertas” en estas unidades, suponen un beneficio directo para los pacientes, familiares y profesionales.

Al final del año 2019, más del 70% de las Unidades de Cuidados Intensivos en España, tenía elaborado un protocolo de visitas de puertas abiertas.²¹

Aunque hoy en día existen modelos comunes, aún no está determinado el proceso definitivo de cómo se debe transmitir la información en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Según estudios, en nuestro país solo el 5% de forma excepcional informa a demanda de los familiares, mientras que el resto, más del 80%, solo informa una vez cada día. Por otro lado, solo el 3.1% da la información conjunta médico-enfermera.²⁸

En conclusión, se recalca la escasa participación por parte de enfermería en la información, cuando son los profesionales que forman la base del cuidado del paciente crítico y su familia.²⁸

No debemos olvidar que muchos de los pacientes sufren estrés, ansiedad e incluso problemas para el descanso porque durante su estancia en esta unidad apenas tienen la oportunidad de comunicarse con sus seres queridos y pasan la mayor parte del tiempo solos; si a esto le sumamos la incapacidad de comunicación del paciente a causa de la medicación que en muchas ocasiones requieren, se acentúa la importancia de una adecuada fuente de información por parte de los sanitarios y poner en marcha sistemas de comunicación alternativos para poder subsanar este problema que impide ofrecer una calidad asistencial adecuada.²⁹

Las condiciones de trabajo en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos se deben cambiar, dado que de manera actual no se priorizan las intervenciones para el alivio del sufrimiento psicológico, aunque en los últimos años se han hecho avances considerables con respecto a esto. Aliviar este malestar es tarea de los profesionales, por ello se están implantando formas de cambio en numerosas unidades del país. Dicho cambio debe prevenir que el ingreso en UCI (Unidades de Cuidados Intensivos), sea traumático para el enfermo, manteniendo el contacto con sus familiares y su vida exterior, la conservación de su autonomía dentro de lo posible y por su puesto su dignidad.²⁹

Se ha demostrado mediante encuestas que la mayoría de los familiares de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos, desean permanecer al lado del enfermo en todo momento, así como participar en su cuidado. En la situación actual en la que nos encontramos, un 70% de familiares de pacientes ingresados presenta ansiedad, y más de un 35% depresión. A pesar de que no existen estudios concluyentes que lo avalen, se cree con firmeza que la participación y presencia de estos mejoraría la comunicación, la cercanía y sobre todo la calidad asistencial ofrecida por los profesionales.³⁰

Hasta el momento no se han realizado estudios de peso relacionando el “Síndrome del Quemado” con los factores detonantes en Unidades de Cuidados Intensivos, ni su prevalencia. Lo que sí se puede asegurar es que la sociedad y las instituciones deben “cuidar a sus cuidadores”, tanto por implicaciones éticas, como legales. Estos cuidadores de los que hablamos, son los profesionales sanitarios que están sometidos a importantes cargas físicas y emocionales, y de los cuales la sociedad depende. Por ello, se debe contar con una serie de objetivos que formen a la sociedad y profesionales sobre la prevención y control de este problema.³¹

El Síndrome post-Cuidados Intensivos, afecta hoy en día en torno el 30/50% de los pacientes que ingresan en Unidades de Cuidados Intensivos. Esto implica un conjunto de problemas y enfermedades que permanecen en el tiempo después de su hospitalización en esta unidad, y que no solo afecta a los paciente, sino a sus familias y entorno. Sin embargo, este problema es conocido y para su prevención y manejo, existe un amplio equipo multidisciplinar formado por: fisioterapeutas, rehabilitadores, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, etc. Todos ellos trabajando como equipo multidisciplinar, para brindar un servicio continuado post-UCI. ²⁶

Existen evidencias publicadas sobre el papel que juega la infraestructura de las UCIS con respecto al bienestar de pacientes, familias y profesionales. Estos estudios se han realizado fundamentalmente en Estados Unidos y Europa, sin embargo se pueden extrapolar a las unidades de este país. Se propone un diseño adecuado, el cual ayude a no cometer errores, disminuir la estancia media del paciente, que sea confortable y en la medida de lo posible ayude a reducir costes. ³²

Según diferentes estudios, del 10-30% de las muertes en Unidades de Cuidados Intensivos se producen tras llevarse a cabo la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV). Esta se aplicará para proporcionar un final de vida al paciente lo más digno posible y ausente de dolor, en el cual se usarán medidas farmacológicas y no farmacológicas para que esto sea posible. Esta medida es tomada de forma conjunta por el equipo multidisciplinar haciendo conocedor de este tratamiento a la familia y al propio paciente si es posible. ²⁷

Como conclusión cabe destacar que si todas las medidas nombradas anteriormente se llevarán a cabo por las figuras implicadas, se conseguiría un sistema sanitario humanizado, igualitario y digno para todas las personas.

2.JUSTIFICACIÓN

El propósito de este proyecto de investigación, es conocer el grado de satisfacción de familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos para detectar conductas de deshumanización, a través del conocimiento de la buena praxis del cuidado, teniendo como herramienta la información y de esta manera poder brindar una calidad asistencial holística, humana y ética.

El conocer el grado de satisfacción nos va a permitir diseñar y elaborar estrategias de mejoras que nos permita dar una asistencia sanitaria óptima y de calidad.

La solución parte de la promoción y la formación, así como la divulgación de información, y eso es lo que se pretende con este estudio.

3.OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Determinar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en UCI con aspectos relacionados con la humanización del cuidado en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, con respecto a las áreas de el cuidado recibido, los profesionales sanitarios, entorno, la necesidad de información y el proceso de toma de decisiones.

3.2. Objetivos específicos:

- Identificar áreas del entorno que afectan a la prestación de cuidados.
- Detectar necesidades de información de la familia de los pacientes ingresados en la UCI.
- Identificar conductas de humanización en la provisión de los cuidados.
- Conocer el nivel de confianza de los cuidados, de los familiares de los pacientes ingresados en la unidad con respecto a los profesionales.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio

El diseño del estudio de este proyecto es de carácter descriptivo, observacional de corte transversal. Para el estudio, se usa el *Cuestionario de Satisfacción FS-ICU 34*, en su versión traducida al español, para conocer la satisfacción de los familiares

de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Canarias, a diferentes niveles como: el ambiente de la UCI, el trato por parte del personal sanitario, la información transmitida, la inclusión en el proceso de toma de decisiones o el horario de visitas.

4.2. Población y muestra

La población de estudio la constituyen los familiares representantes de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) durante el 2020. Estas son un total de 891, siendo excluidos aquellos familiares de pacientes que lleven menos de 14 días de ingreso en la unidad y los que hablen otro idioma. Estas cifras han sido obtenidas de las Memorias de asistencia del Hospital Universitario (CHUC).

La muestra se calculó con la fórmula para estimar una proporción de población finita, con un error del 5%, y un nivel de confianza del 95%. Teniendo en cuenta la población mencionada anteriormente, la muestra será de 268 participantes.

Fórmula para determinar el tamaño muestral, estimación de proporción de población finita: ³³

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde: N = Total de la población

Z_{α}^2 = 1.96² (confianza de 95%)

p = proporción esperada

q = 1- p

d = precisión

4.2.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para el estudio de la población de este proyecto son los siguientes:

- Ser familiar directo o cónyuge de un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario.
- Que la estancia del paciente sea mayor de 14 días.
- Ambos sexos.
- Querer participar en el proyecto de investigación.

4.2.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para el estudio de la población de este proyecto son los siguientes:

- Barrera idiomática que impidan la comunicación, y/o la comprensión de los cuestionarios.
- No querer participar en el proyecto de investigación.
- Que la estancia en la unidad del paciente sea menor de 14 días

4.3. Descripción de las variables del estudio

4.3.1. Variables a estudio:

Las variables de estudio que se van a analizar en este trabajo son:

- **Condiciones medioambientales y atmósfera de la Unidad de Cuidados Intensivos:** En relación a la satisfacción del entorno de la unidad y la sala de espera. Variable cualitativa, dicotómica.
- **Cuidado del paciente:** Cuestiones sobre el manejo del paciente, los cuidados y sus necesidades, basadas en la preocupación y el trato del profesional. Variable cualitativa nominal, dicotómica.

- **Cuidado del familiar:** Cuestiones sobre la consideración de las necesidades de las familias, el apoyo proporcionado por los profesionales, etc. Variable cualitativa nominal, dicotómica.
- **Cuidado profesional:** Dividido en tres variables, personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería, mide la profesionalidad, la comunicación, y la implicación de los sanitarios de la unidad. Variable cualitativa nominal, dicotómica.
- **Necesidades de información:** Relacionado con la calidad y la efectividad de la información compartida por parte de los profesionales a la familia del paciente ingresado en la unidad. Variable cualitativa nominal, dicotómica.
- **Proceso de la toma de decisiones:** En referencia a este proceso y la implicación que el profesional da a la familia, también relacionado con la calidad del trabajo del profesional y el apoyo mostrado por su parte. Variable cualitativa nominal, dicotómica.
- **Satisfacción global:** Se mide la satisfacción global del familiar basada en el resto de variables. Variable cuantitativa.

4.4. Instrumento de medida

La herramienta que se va a utilizar para realizar este proyecto de investigación es el *Cuestionario de Satisfacción FS-ICU 34*, en su versión traducida al español (Anexo III).³⁴ El cuestionario está dividido en 7 variables de estudio, cada una engloba una característica diferente de los criterios de humanización. Dichas áreas, contemplan aspectos relacionados con la atmósfera y el entorno, la relación con el personal sanitario, las necesidades de información, el proceso de toma de decisiones, los cuidados a pacientes, familiares y profesionales, y por último la satisfacción global. Cada variable contiene un número diferente de preguntas, que cubren las necesidades del estudio. El formato de las respuestas es dicotómico, y dejó una pregunta de respuesta abierta. Las variables cualitativas se valorarán con medidas de frecuencia absoluta y relativa expresadas como porcentaje.

- **Variable 1:** Establece el nivel de satisfacción en relación al cuidado del paciente en la UCI percibida por los familiares de pacientes ingresados en esta. Consta de 6 ítems, que recogen aspectos relacionados con la preocupación y cuidado del

paciente y el manejo de su bienestar en la unidad. El cuestionario tiene preguntas cerradas con respuesta de Sí o No, donde si refiere estar satisfecho, y no, insatisfecho.

- **Variable 2:** Establece el grado de satisfacción referido al cuidado del familiar en la UCI percibida por los familiares de pacientes ingresados en esta. Consta de 5 ítems, que recogen aspectos relacionados con el apoyo emocional y espiritual, la consideración de sus necesidades, la coordinación de los cuidados y la preocupación y los cuidados recibidos. El cuestionario tiene preguntas cerradas con opciones de respuesta de Si o No, donde si refiere a estar satisfecho, y no, insatisfecho.
- **Variable 3:** Establece el grado de satisfacción con respecto al cuidado profesional percibida por los familiares de pacientes ingresados en la UCI. Dividido en 3 áreas que comprenden los cuidados en cuanto a las enfermeras compuesto por 6 ítems, que recogen aspectos relacionados con las habilidades y competencias de enfermería, la comunicación con enfermería, el respeto mostrado, el bienestar proporcionado, la disminución de la angustia y la satisfacción general con las enfermeras. La segunda área comprende el personal médico, formado por 7 ítems, que recogen aspectos como las habilidades y competencias médicas, la comunicación con el médico, la confianza transmitida, la frecuencia de la información, la comprensión de sus explicaciones y la satisfacción general con los médicos. La última área está formada por los auxiliares de enfermería, compuesto por 1 ítem, que recoge el aspecto de la profesionalidad y el trato. El cuestionario tiene preguntas cerradas con opciones de respuesta de Sí o No, donde sí refiere a estar satisfecho y no, insatisfecho.
- **Variable 4:** Establece el grado de satisfacción con respecto a la atmósfera de la UCI, de los familiares de pacientes ingresados en esta. Consta de 1 ítem, que recoge el aspecto de la calidad del ambiente y la sala de espera. El cuestionario tiene una pregunta cerrada con la opción de respuesta de Sí o No, donde sí refiere a estar satisfecho y no, insatisfecho.
- **Variable 5:** Establece el grado de satisfacción de las necesidades de información de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI. Consta de 5 ítems, que recogen aspectos como la facilidad para obtener la información, la comprensión, la honestidad, la exhaustividad y la coherencia de la misma. El cuestionario tiene

preguntas cerradas con opciones de respuesta de Sí o No, donde sí refiere a estar satisfecho y no, insatisfecho.

- **Variable 6:** Establece el grado de satisfacción del proceso de la toma de decisiones, percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la UCI. Consta de 5 ítems, que recogen aspectos como la inclusión en el proceso de la toma de decisiones, la implicación en el momento adecuado, la cantidad de información apropiada, el tiempo necesario para la toma de decisiones y el apoyo en el proceso. El cuestionario tiene preguntas cerradas con opciones de respuesta de Sí o No, donde sí refiere a estar satisfecho y no, insatisfecho.
- **Variable 7:** Establece el nivel de satisfacción general percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la UCI. Consta de 1 ítem, que recoge el aspecto de la satisfacción global. Tiene una sola pregunta de respuesta abierta, la cual se cuantificará del 1-10, esta va de menos a más satisfecho en función de la puntuación.

4.5. Recogida y análisis de datos

Para la realización de este proyecto, previamente se solicitará a la Dirección y Gerencia del Complejo Hospitalario de Canarias, así como al Comité Ético de Investigación el permiso necesario para poder llevar a cabo la recogida y análisis de los datos correspondientes a este trabajo (Anexo I).

Una vez autorizado, se convocará una reunión con la supervisora y enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, para informar sobre los plazos de tiempo para pasar los cuestionarios, así como explicar las instrucciones que deben dar a cada familiar que participe.

Para recoger la información existirá un buzón que contenga los cuestionarios ya rellenos.

Por último, se volcarán los datos en un excel y se hará un análisis estadísticos de los mismos, a través del programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), en su versión en español (SPSS V. 27).

Adjunto al cuestionario, se entregará una carta de explicación del proyecto, en la que se pedirá permiso para usar los datos proporcionados por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (Anexo II).

4.6. Reflexión

En base a los estudios consultados, el grado de satisfacción que se obtendría sería de media, bueno, lo que se relacionaría con una adecuada calidad asistencial y un sistema sanitario humanizado. Estos datos señalan que actualmente la asistencia en Unidades de Cuidados Intensivos, camina por el sendero de la humanización, sin embargo, hay mucho que hacer aún.

Gracias a la formación durante el periodo de formación de los profesionales sanitarios y la información constante, se logrará un sistema con una calidad asistencial excelente, ético, digno y lo más humano posible.

4.7. Consideraciones éticas

A cada familiar asignado como acompañante de los pacientes se le entregará una autorización, en el que se garantizará su anonimato y asegurando su confidencialidad, respetando la “*Ley orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*”³⁵ y dando su consentimiento para la utilización exclusiva de los datos recogidos en este estudio.

Del mismo modo se le pedirá consentimiento, al Comité Ético de Investigación Clínica y al Hospital Universitario de Canarias, en el cual queda reflejado que se aportarán los objetivos y el material que será empleado en el proyecto de investigación, y este será informado, al finalizar, de los resultados obtenidos en el mismo.

Para finalizar, se declara la inexistencia de cualquier tipo de conflicto de interés que impida llevar a cabo este proyecto, sin que los resultados sean lo más fiable posible, teniendo en cuenta los datos recogidos.

5. LOGÍSTICA

5.1. Cronograma

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8
Solicitud de permisos								
Recogida de datos								
Análisis de datos								
Redacción de informes								
Difusión de resultados								

5.2. Presupuesto

El presupuesto estimado para la realización de este proyecto es de un total de 1420€, contando con los Recursos Humanos y los recursos materiales.

CONCEPTOS	COSTE
Recursos humanos: Profesional Estadístico (durante 3 meses)	800€
Programa de Microsoft Office y Software	200€
Recursos Materiales Fungibles: material de papelería (fotocopias, bolígrafos, etc)	120€
Desplazamiento y Dietas	100€
PRESUPUESTO TOTAL	1420€

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Young P, De Smith Hortis U, Chambi MC, Finn B.C. Florence Nighingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Revista Médica Chile. 2011;139 (6): 807-13.
2. González Consuegra RU. El cuidado de enfermería al paciente crítico, ¿es realmente holístico?. Avances de enfermería. 1998; 16(1-2):12-16.
3. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario- Metas de enfermería [Internet]. Enfermería21.com. 2017 [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/humanizar-la-asistencia-en-los-grandes-hospitales-un-reto-para-el-profesional-sanitario/>
4. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. 2.nd ed. Madrid: Maior; 2014.
5. De la Rosa Navarro A. Comunicación y empatía: factores influyentes en la deshumanización de los cuidados en UCI. Biblioteca LasCasas [Internet]. 2019 [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12484>
6. La Calle G.H, Lallemand C.Z. HUCI se escribe con H de Humano. Enfermería Intensiva. 2014; 25(4):123-4.
7. Correa Zambrano M.L. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Revista CUIDARTE. 2016; 7(1): 1227-1231.
8. Blasco León M, Ortiz Luis S.R. Ética y valores en enfermería [Internet] Unam.mx [Citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadellInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2016/vol24/no2/11.pdf>
9. Elers Mastrapa Y, Gilbert Lamadrid M del P. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista cubana Enfermería. 2016; 32(4):0-0.
10. RAE-ASALE, RAE. Humanizar [Internet]. Rae.es. [citado el 30 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizar>
11. De la Fuente Martos C, Rojas Amezcua M, Gómez Espejo M.R, Lara Aguayo P, Morán Fernández E, Aguilar Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva.2018; 42 (2): 99-109.

12. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos: UNESCO [Internet]. Unesco.org. 2005. [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
13. Arredondo González C.P, Siles González J. Tecnología y Humanización de los cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Enfermería de Índice. 2005; 18(1): 32-6.
14. Gálvez Herrer M, Gómez García J.M, Martín Delgado M.C, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del proyecto HU-CI. Med Segur Trab. 2017, 63(247): 103-19.
15. Da Silva R.C, Ferreira M. Clínica de la atención de enfermería en el Cuidado Intensivo: alianza entre la técnica, la tecnología y la humanización. Scielo Brasil. 2013, 47(6): 1325-32.
16. Gob.es [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
17. Calidadasistencia.es [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/91.pdf
18. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
19. Velasco Bueno J.M, Heras la Calle G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. Ética de los Cuidados. 2017 jul-dic; 10 (20).
20. Alcalde M.V. Humanización de los cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos. Enfermería integral. Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. 2017; (116): 51-7.
21. Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. Revista médica clínica Las Condes. 2019; 30(2): 120-5.
22. Santos Hernández A.M. Humanización de la Atención Sanitaria: Retos y Perspectivas [Internet]. Aebioetica.org. [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/39.pdf>
23. Santana Freitas F, Carneiro Mussi F, Gomes Menezes I. Incomodidades vividas en el cotidiano de los familiares de personas internadas en la UVI. Pesquisa. 2012; 16(4): 704-711.

24. Torres Moreno-Cid M.D, Sánchez Castro S, Salamanca Castro A.B. Enfermera con Síndrome de Burnout. [Internet]. Enferm Docente- Esp- [Citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.huvv.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-104-10.pdf>
25. Alonso-Ovies Á, Heras La Calle G. Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. Med Intensiva. 2020; 44(2): 122-124.
26. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
27. Velarde García J.F, Luengo González R, González Hervías R, González Cervantes S, Álvarez Embarba B, Palacios Ceña B. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. Gaceta Sanitaria 2017;31(4): 299-304.
28. García Morante J.C. La comunicación en el hospital. La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. rcys. [Internet]. 1 de junio de 2012[citado el 30 de mayo de 2021]; 2(1): 37-9. Disponible en: <http://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/139>
29. Heras La Calle G, Cruz Martín M, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Ren Bras Ter Intensivo. 2017; 29(1): 9-13.
30. De la Cueva Aniza L. La realidad de los cuidados a la familia del paciente crítico en España: la necesidad de actuar ya. Enf Intensiva. 2012; 23(4): 153-154.
31. Sánchez Alonso P, Sierra Ortega V.M. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Enferm glob. [Internet]. 2014 [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.176811/157191>
32. Valvideres Mayor M. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. Rev enf integral. 2017; 116(1): 51-57.
33. Determinación de tamaño muestral. [Internet] Fisterra.com [citado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>

34. Holanda Peña M.S, Ots Ruiz E, Domínguez Artiaga M.J, García Miguelez A, , Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015; 39(1): 4-12.
35. Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (Boletín Oficial del Estado, número 294, 6 de diciembre de 2018).

7. ANEXOS

Anexo I: Solicitud de permiso a la Dirección y Gerencia del CHUC y al Comité Ético de Investigación.



SOLICITUD DE PERMISO

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA

Paula Domínguez Díaz con DNI 54114465L y con dirección a los efectos de notificación a pauladominguezdiaz22@gmail.com, solicito al Comité Ético de Investigación Clínica y a la Dirección y Gerencia del Hospital Universitario de Canarias, el permiso necesario para realizar la encuesta del proyecto de investigación “Humanización de los Cuidados Intensivos”, con motivo del Trabajo de Fin de Grado de Enfermería.

Con él se pretende medir y estudiar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes en UCI, y relacionarlo con cuidados basados en la humanización en este complejo hospitalario.

Para ello, se suministrará a cabo mediante las encuestas a realizar que se adjunta a este documento.

Una vez finalizado se proporcionará un informe con los resultados obtenidos en la investigación.

Declaro que no existen conflictos de interés de ningún tipo.

Por lo que me dirijo a usted con el objeto de solicitar su autorización, para poder llevar a cabo este proyecto de investigación. Para cualquier duda, quedo a su disposición, solicito su autorización para realizar dicho estudio.

San Cristóbal de La Laguna,

FDO:

Anexo II: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA

SRA.....
..... con DNI conociendo los objetivos, y
declarando mi participación voluntaria y el derecho a abandonarla cuando desee.
También declaro que será respetada la Ley orgánica de Protección de Datos 3/2018,
donde será respetado y garantizado mi anonimato.

Autorizo la utilización de los datos de la encuesta que me será efectuada para la
realización de la investigación.

San Cristóbal de La Laguna,

FDO:

Anexo III: Cuestionario de Satisfacción FS-ICU 34

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>Cuidado del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación y cuidado del paciente - Manejo del dolor - Manejo de la angustia - Manejo de frío o calor 	<ul style="list-style-type: none"> - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No
<p>Cuidado del familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consideración de sus necesidades - Apoyo emocional - Apoyo espiritual - Coordinación del cuidado - Preocupación y cuidados recibidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No
<p>Cuidado profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Enfermería</u> <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades y competencias de enfermería - Comunicación con enfermería - Respeto mostrado - Bienestar proporcionado - Disminución de la angustia - Satisfacción general con la enfermería ● <u>Personal médico</u> <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades y competencias médicas - Atención médica - Confianza transmitida - Comunicación con médico - Frecuencia de información 	<ul style="list-style-type: none"> - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Del 1-10 - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No

<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión de sus explicaciones - Satisfacción general medicina • <u>Auxiliares de enfermería</u> <ul style="list-style-type: none"> - Profesionalidad y trato 	<ul style="list-style-type: none"> - Si/No - Del 1-10 - Del 1-10
<p>Atmósfera UCI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente sala de espera 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy buena - Buena - Mala
<p>Satisfacción global</p>	<p>Del 1- 10</p>
<p>Necesidades de información</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilidades para obtener información - Comprensión de la información - Honestidad de la información - Exhaustividad de la información - Coherencia de la información 	<ul style="list-style-type: none"> - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No
<p>Proceso de la toma de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inclusión en el proceso de la toma de decisiones - Implicación en el momento adecuado - Cantidad de información adecuada - Tiempo necesario para la toma de decisiones - Apoyo en el proceso - Control sobre los cuidados - Esperanza acerca de la recuperación - Acuerdo entre los familiares - Tiempo para plantear preocupaciones y preguntas - Cantidad de cuidados prestados - Satisfacción con el papel de la toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No - Si/No